

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à coût abordable

0.c. Indicateur

Indicateur 3.8.2 : Proportion de la population consacrant une grande part des dépenses ou du revenu du ménage aux services de soins de santé

0.d. Série

Sans objet

0.e. Mise à jour des métadonnées

2022-03-31

0.f. Indicateurs connexes

Indicateurs des ODD : 1.1.1; 1.2.1 et 3.8.1

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Banque mondiale

1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Définition :

La proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé. Deux seuils sont utilisés pour définir « les dépenses de santé importantes du ménage » : supérieures à 10 % et supérieures à 25 % des dépenses ou des revenus totaux du ménage.

Concepts :

L'indicateur 3.8.2 est défini comme la « proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé ». En effet, il est basé sur un ratio dépassant un seuil. Les deux principaux concepts d'intérêt qui sous-tendent ce ratio sont les dépenses de santé du ménage (numérateur) et les dépenses totales de consommation du ménage ou, lorsqu'elles ne sont pas disponibles, le revenu (dénominateur).

Numérateur

Les dépenses de santé du ménage sont définies comme toute dépense engagée au moment de l'utilisation du service pour obtenir tout type de soins (préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs ou de longue durée), y compris tous les médicaments, vaccins et autres préparations pharmaceutiques ainsi que tous les produits de santé, *de tout type de fournisseur et pour tous les membres du ménage*. Ces dépenses de santé sont caractérisées par des paiements directs qui sont financés par le revenu d'un ménage (y compris les transferts), l'épargne ou les prêts, **mais n'incluent aucun remboursement par un tiers payeur**. Ils sont qualifiés de paiements directs (« Out-Of-Pocket ») dans la classification des systèmes de financement des soins de santé de la Classification internationale des comptes de la santé (ICHA). Ils constituent la source de financement la plus inéquitable pour le système de santé car ils sont uniquement basés sur la volonté et la capacité de payer du ménage ; ils n'accordent l'accès qu'aux services de santé et aux produits de santé que les individus peuvent payer, sans aucune solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades au-delà du ménage^[1], des riches et des pauvres ; ils représentent un obstacle à l'accès pour les personnes qui ne sont pas en mesure de trouver les ressources économiques dont elles ont besoin pour payer de leur propre poche.

Les composantes des dépenses en santé d'un ménage devraient être conformes à la division 06 sur la santé de la Classification des fonctions de consommation des ménages (COICOP) de l'ONU pour les produits, appareils et matériels médicaux (06.1), les services ambulatoires (06.2), les services hospitaliers (06.3) et les autres services en santé (06.4)^[2].

De plus amples renseignements sur les définitions et les classifications des dépenses de santé devraient être conformes à la [Classification internationale des comptes de la santé \(en anglais\)](#) et à sa famille de classifications (par exemple, selon le type de fournisseur).

Dénominateur

Les dépenses de consommation et le revenu du ménage sont toutes deux des mesures monétaires de bien-être. La consommation du ménage est fonction du revenu permanent, qui est une mesure des ressources économiques à long terme d'un ménage qui déterminent le niveau de vie. La consommation est généralement définie comme la somme des valeurs monétaires de tous les postes consommés par le ménage pour son propre compte au cours d'une période de référence. Elle comprend les dépenses monétaires pour les biens et services non durables alimentaires et non alimentaires consommés ainsi que les valeurs imputées des biens et services qui ne sont pas achetés mais obtenus autrement pour la consommation (valeur de la consommation en nature); l'utilisation de la valeur des biens durables et l'utilisation de la valeur des logements occupés par leur propriétaire. L'information sur la consommation du ménage est habituellement recueillie dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages qui peuvent utiliser différentes approches pour mesurer la « consommation » selon si les articles se réfèrent à des biens durables ou non durables et/ou sont directement produits par les ménages.

La mesure la plus pertinente du revenu est le revenu disponible, car il est proche du maximum disponible pour les dépenses de consommation du ménage au cours de la période comptable. Le revenu disponible est défini comme le revenu total moins les impôts directs (nets des remboursements), les frais obligatoires et les amendes. Le revenu total est généralement composé des revenus d'emploi, des revenus de la propriété, des revenus de la production domestique de services pour l'autoconsommation, des transferts reçus en espèces et en biens et des transferts reçus en tant que services ^[3].

Le revenu est plus difficile à mesurer avec précision en raison de sa plus grande variabilité au fil du temps. La consommation est moins variable dans le temps et plus facile à mesurer. Il est donc recommandé d'utiliser chaque fois qu'il y a des informations sur la consommation et le revenu des ménages (voir la section « Commentaires et limites » pour en savoir plus sur la sensibilité de 3.8.2 au choix du revenu/des dépenses au dénominateur). Les statistiques sur l'indicateur 3.8.2 actuellement produites par l'OMS et la Banque mondiale reposent principalement sur la consommation (consulter la section « Sources de données »).

Seuils

Deux seuils sont utilisés afin d'identifier les dépenses de santé importantes du ménage en proportion des dépenses totales ou du revenu total du ménage : **un seuil inférieur de 10 % (3.8.2 10) et un seuil supérieur de 25 % (3.8.2 25)**. Avec ces deux seuils l'indicateur mesure les difficultés financières (consulter la section « Commentaires et limites »).

-
- ¹ (en anglais) http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en ¹
- ² Consulter l'item L. Classifications statistiques du document <https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/Report-on-the-49th-session-F.pdf>; <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1> ¹
- ³ (en anglais) <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf> ¹
-

2.b. Unité de mesure

Pourcentage (proportion de personnes)

2.c. Classifications

Pour la définition des dépenses de santé (numérateur)

- (en anglais) http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en

Pour les composantes des dépenses de santé (numérateur)

- Division 06 de la Classification des fonctions de consommation des ménages (COICOP) (en anglais) https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp; (en anglais) <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

Pour les composantes de la consommation totale des ménages (dénominateur privilégié)

- Classification des fonctions de consommation des ménages (COICOP) (en anglais) https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp; (en anglais) <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

3.a. Sources de données

Les sources de données recommandées pour le suivi de la « proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé » sont des enquêtes auprès des ménages contenant des informations sur les dépenses de consommation des ménages en matière de santé et sur les dépenses totales de consommation des ménages. Celles-ci sont régulièrement menées par les bureaux nationaux de statistique. Les enquêtes sur les dépenses des ménages (EDM) et les enquêtes sur le revenu et les dépenses des ménages (ERDM) les recueillent généralement car elles sont principalement menées pour fournir des intrants au calcul des indices des prix à la consommation ou à l'établissement des comptes nationaux. Une autre source potentielle d'information est l'enquête socioéconomique ou les enquêtes sur le niveau de vie; toutefois, certaines de ces enquêtes peuvent ne pas recueillir d'informations sur les dépenses totales de consommation des ménages – par exemple, lorsqu'un pays mesure la pauvreté en utilisant le revenu comme indicateur de bien-être ^[4]. Le critère le plus important pour choisir une source de données pour mesurer l'indicateur 3.8.2 des ODD est la disponibilité des dépenses de consommation des ménages en matière de santé et des dépenses totales de consommation des ménages.

⁴ (en anglais) <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01a.pdf> ¹

3.b. Méthode de collecte des données

L'OMS et la Banque mondiale contactent les ministères de la Santé et/ou les bureaux nationaux de statistique à deux fins : a) demander l'accès aux microdonnées de l'enquête auprès des ménages afin de produire l'indicateur 3.8.2 des ODD; b) demander des estimations produites par le pays lui-même.

A) Le premier type de demande est effectué par chaque organisation séparément. L'OMS obtient l'accès aux microdonnées de l'enquête auprès des ménages auprès des bureaux nationaux de statistique par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux ou de ses bureaux nationaux. La demande d'accès fait souvent partie des programmes d'assistance technique sur les questions de financement de la santé.

La Banque mondiale reçoit également généralement des données des bureaux nationaux de statistique (BNS) directement. Dans d'autres cas, elle utilise les données du BNS reçues indirectement. Par exemple, elle reçoit des données d'Eurostat et du LIS (« Luxembourg Income Study »), qui fournissent à la Banque mondiale les données du BNS sous leur forme originale ou harmonisées pour la comparabilité. L'Universidad Nacional de La Plata, Argentine et la Banque mondiale tiennent à jour conjointement la base de données SEDLAC (Base de données socio-économiques pour l'Amérique latine et les Caraïbes) qui comprend des statistiques harmonisées sur la pauvreté et d'autres variables distributives et sociales de 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, sur la base de microdonnées provenant d'enquêtes auprès des ménages menées par les BNS. Les données sont obtenues dans le cadre de programmes propres à chaque pays, y compris des programmes d'assistance technique et des activités conjointes d'analyse et de renforcement des capacités. La Banque mondiale entretient des relations avec les BNS dans le cadre de programmes de travail impliquant des systèmes statistiques et l'analyse de données. Les économistes de la pauvreté de la Banque mondiale s'engagent généralement avec les BNS sur la mesure et l'analyse de la pauvreté dans le cadre des activités d'assistance technique.

L'OMS et la Banque mondiale organisent régulièrement des activités de formation sur la mesure du manque de couverture de protection financière afin de produire l'indicateur 3.8.2 des ODD. Ce type d'activité implique des participants du ministère de la Santé ainsi que du BNS.

Toutes les estimations par année-pays produites par les deux organisations sont rassemblées dans une base de données commune à la suite d'un processus d'évaluation de la qualité (consulter la section 4.j). Ces estimations sont incluses dans une consultation par pays menée pour donner l'occasion i) d'examiner les estimations, les sources de données et les méthodes de calcul; ii) de fournir des informations sur d'autres sources de données; iii) d'établir une compréhension mutuelle des forces et des faiblesses des données disponibles et d'assurer une large appropriation des résultats; et iv) de demander des estimations produites par le pays comme expliqué plus en détail ci-après.

B) Les estimations produites par chaque pays sont demandées dans le cadre d'une consultation nationale menée par l'OMS. À la suite de la résolution du Conseil exécutif de l'OMS (EB107. R8), ce processus commence par l'envoi par l'OMS d'une demande officielle aux ministères de la Santé pour désigner un correspondant pour la consultation. L'OMS leur envoie des estimations provisoires et des descriptions méthodologiques, en les envoyant aussi au correspondant national de la déclaration des ODD lorsqu'il est désigné à la demande de la Division de la statistique des Nations Unies (DSNU). Le code des programmes STATA est disponible pour reproduire les estimations partagées. Les correspondants envoient ensuite à l'OMS leurs commentaires, y compris souvent de nouvelles données ou des estimations nationales révisées qui sont utilisées pour mettre à jour les estimations par pays. Les estimations produites par les pays sont soumises au même processus d'évaluation de la qualité et incluses dans la base de données commune si elles ne sont pas signalées dans la consommation ou dans la part du budget de la santé (voir la section 4.j).

3.c. Calendrier de collecte des données

Une consultation nationale sur les estimations de l'indicateur 3.8.2 des ODD est généralement menée entre janvier et mars tous les deux ans.

3.d. Calendrier de diffusion des données

Les estimations de l'indicateur 3.8.2 des ODD aux niveaux national, régional et mondial sont publiées tous les deux ans, soit le 12 décembre (Journée de la couverture sanitaire universelle) ou en septembre (Assemblée générale des Nations Unies).

3.e. Fournisseurs de données

Les bureaux nationaux de statistique en collaboration avec les ministères de la Santé. Voir la section « Sources de données » pour plus de détails.

3.f. Compilateurs des données

L'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale.

3.g. Mandat institutionnel

Le soutien de l'OMS pour le suivi de la dimension de protection financière de la couverture sanitaire universelle (objectif 3.8, indicateur 3.8.2 en particulier) est étayé par la résolution ([en anglais](#)) [WHA58.33](#) sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et l'assurance maladie sociale.

4.a. Justification

L'objectif 3.8 concerne la couverture sanitaire universelle (CSU) et est défini comme « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une *protection contre les risques financiers* et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et à coût abordable ». La préoccupation est liée au fait que toutes les personnes et toutes les communautés doivent recevoir les services de santé de qualité dont elles ont besoin (y compris les médicaments et autres produits de santé), sans difficultés financières. Les difficultés financières sont une conséquence essentielle de l'insuffisance des mécanismes de protection contre les risques financiers et peuvent être rencontrées dans n'importe quel pays, quels que soient le niveau de revenu et le type de système de santé. L'indicateur 3.8.2 vise à identifier les personnes dont les dépenses de santé personnelles dépassent leur capacité de payer, ce qui pourrait conduire à réduire les dépenses pour

d'autres besoins fondamentaux tels que l'éducation, la nourriture, le logement et les services publics. La réduction des difficultés financières en matière de santé est importante dans le programme de développement mondial ainsi qu'une priorité du secteur de la santé de nombreux pays dans toutes les régions.

4.b. Commentaires et limites

Il est possible de surveiller régulièrement l'indicateur 3.8.2 en utilisant les mêmes données d'enquête auprès des ménages que celles utilisées pour suivre les cibles 1.1 et 1.2 des ODD sur la pauvreté^[5]. Ces enquêtes sont également régulièrement menées à d'autres fins, telles que le calcul des pondérations pour l'indice des prix à la consommation et sont généralement menées par les bureaux nationaux de statistique (BNS). Ainsi, le suivi de la proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé n'ajoute pas de charge supplémentaire de collecte de données tant que la composante des dépenses de santé des données sur la consommation non alimentaire des ménages peut être identifiée. Bien qu'il s'agisse d'un avantage, l'indicateur 3.8.2 souffre des mêmes défis en matière d'actualité, de fréquence, de qualité des données et de comparabilité des enquêtes que l'indicateur 1.1.1 des ODD. Cependant, l'indicateur 3.8.2 a ses propres limites conceptuelles et empiriques.

Premièrement, les défis liés au suivi des dépenses de santé personnelles (numérateur) : l'indicateur 3.8.2 tente de cerner les difficultés financières auxquelles les personnes sont confrontées lorsqu'elles utilisent leur revenu, leur épargne ou contractent des prêts pour payer des soins de santé. Cependant, la plupart des enquêtes auprès des ménages ne parviennent pas à identifier la source de financement utilisée par un ménage qui déclare des dépenses de santé. Dans les pays où il n'y a pas de remboursement rétrospectif des dépenses de santé des ménages, ce n'est pas un problème. Si un ménage déclare des dépenses de santé, ce sera parce qu'il ne sera remboursé par aucun tiers payeur. C'est donc conforme à la définition donnée pour les paiements directs en soins de santé (le numérateur).

Pour les pays en revanche où il existe un remboursement rétrospectif – par exemple, via un régime d'assurance maladie contributif – le montant déclaré par un ménage sur les dépenses de santé peut être remboursé totalement ou partiellement à un moment ultérieur, peut-être en dehors de la période de rappel de l'enquête auprès des ménages.

De toute évidence, il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les instruments d'enquête recueillent des informations sur les sources de financement utilisées par le ménage pour payer les soins de santé ou qu'ils précisent toujours que les dépenses de santé doivent être nettes de tout remboursement. L'instrument d'enquête et la conception de l'échantillon devraient également être soigneusement examinés afin de minimiser les erreurs de mesure dues à des erreurs non liées à l'échantillonnage, comme des périodes de rappel très courtes ou très longues empêchant la collecte de données appropriées sur toutes les composantes des soins de santé (nuitée à l'hôpital, médicaments, etc.); ou des erreurs d'échantillonnage telles que le suréchantillonnage dans des zones où la charge de morbidité est particulièrement faible.

Deuxièmement, la sensibilité de l'indicateur au choix de la mesure du bien-être pour la désagrégation (consommation ou revenu au dénominateur) : dans la définition actuelle de l'indicateur 3.8.2, les dépenses de santé importantes peuvent être identifiées en comparant le montant des dépenses de santé du ménage au revenu du ménage ou aux dépenses totales du ménage. Les dépenses sont la mesure recommandée des ressources des ménages (consulter la section Définition et concepts), mais des travaux empiriques récents ont démontré que, bien que les statistiques sur le 3.8.2 au niveau des pays soient assez robustes pour un tel choix, leur désagrégation par groupe de revenu y est assez sensible. Les mesures fondées sur le revenu montrent une plus grande concentration de la proportion de la population dont les dépenses de santé du ménage sont importantes parmi les pauvres que les mesures fondées sur les dépenses (voir le chapitre 2 du rapport 2017 de suivi de la couverture sanitaire universelle, de l'OMS et de la Banque mondiale ainsi que Wagstaff et collab. 2018).

Troisièmement, les seuils pour identifier les dépenses de santé importantes : l'indicateur 3.8.2 s'appuie sur un point de coupure unique pour déterminer ce qui constitue « une part importante des dépenses ou du revenu du ménage aux services de soins de santé ». Les personnes juste en dessous de ce seuil ne sont pas prises en compte, ce qui est toujours le problème des mesures basées sur des seuils. Ceci est simplement évité en traçant la fonction de distribution cumulative du ratio des dépenses de santé derrière 3.8.2. Ce faisant, il est possible d'identifier pour n'importe quel seuil la proportion de la population qui consacre une part quelconque du budget de son ménage à la santé.

Quatrièmement, il existe d'autres indicateurs utilisés pour mesurer les difficultés financières, tous basés sur les mêmes sources de données : la définition actuelle de l'indicateur 3.8.2 des ODD est basée sur des méthodologies datant des années 1990 développées en collaboration avec des universitaires de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé et correspond à un indicateur de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques utilisant une approche de partage budgétaire (consulter la section Références et documentation). Outre l'indicateur 3.8.2, l'OMS définit également les dépenses de santé importantes par rapport aux dépenses non liées à la subsistance^{[6],[7],[8]}, et l'OMS et la Banque mondiale utilisent des indicateurs de l'appauvrissement des dépenses de santé pour évaluer dans quelle mesure les paiements directs (« Out-of-Pocket ») en santé découragent les efforts visant à « éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde » (ODD 1).

Cinquièmement, l'indicateur 3.8.2 doit être suivi conjointement avec l'indicateur 3.8.1 des ODD ainsi que les indicateurs des obstacles à l'accès : deux indicateurs ont été choisis pour suivre la cible 3.8 sur la couverture sanitaire universelle dans le cadre des ODD. L'indicateur 3.8.1 concerne la dimension de couverture des services de santé de la couverture sanitaire universelle (CSU) et l'indicateur 3.8.2 permet de suivre les dimensions de protection financière. Ces deux indicateurs devraient toujours être suivis conjointement. En effet, certaines des personnes qui cherchent à se faire soigner se heurtent à des obstacles à l'accès liés à des contraintes financières, à des problèmes d'acceptabilité, à l'indisponibilité des services ou à l'accessibilité. Les personnes incapables de surmonter ces obstacles (financiers et non financiers) ne déclareront aucune dépense de santé, ce qui aura tendance à réduire les taux de l'indicateur 3.8.2. Lorsque cela se produit, les niveaux de l'indicateur 3.8.1 devraient également être faibles car les indicateurs de suivi de la couverture des services devraient refléter le fait que de larges fractions de la population ne sont pas en mesure d'obtenir les services dont elles ont besoin. Mais des indicateurs spécifiques sur les obstacles à l'accès devraient être suivis pour comprendre quel type d'obstacles empêche l'accès aux services nécessaires.

⁵ (en anglais) <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf> 1

⁶ Chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle, Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque mondiale 2018 <https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-HIS-HGF-17.2> ; 1

⁷ Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., et Evans, T. (2007), « Protecting Households From Catastrophic Health Spending », *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramini, R., Klavus, J., and Murray, C. (2003), « Households Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis », *The Lancet*, 326, 111–117. 1

⁸ (en anglais) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection>; (en anglais) http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1 ; (en anglais) <http://apps.searo.who.int/uhc> (en anglais) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublications&Itemid=3562&lang=en 1

4.c. Méthode de calcul

Nombre moyen pondéré de personnes dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i I\left(\frac{\text{dépenses en santé du ménage } i}{\text{dépenses totales du ménage } i} > \tau\right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

où i indique un ménage, $I(\)$ est la fonction indicatrice qui prend la valeur de 1 si l'expression entre parenthèses est vraie, et de 0 sinon, m_i correspond au nombre de membres dans le ménage i , ω_i correspond au poids d'échantillonnage du ménage i , τ est un seuil identifiant les dépenses importantes des ménages en matière de santé en tant que part de la consommation ou du revenu total (p. ex., 10 % et 25 %).

Les dépenses de santé et totales et les revenus totaux des ménages sont définis à la section Définition et concepts. Pour plus d'informations sur la méthodologie, il est possible de consulter Wagstaff et collab. (2018) et le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale.

4.d. Validation

Les microdonnées obtenues par l'OMS sont demandées aux bureaux nationaux de statistique avec le dénominateur (dépenses totales de consommation des ménages) déjà établi selon leurs propres lignes directrices et suivent ces lignes directrices lorsque le dénominateur n'est pas fourni. L'OMS génère le numérateur (dépenses totales de santé des ménages) selon les définitions et classifications décrites aux sections 2.a et 2.c.

Les microdonnées obtenues par la Banque mondiale sont fournies par les gouvernements des pays et comprennent généralement le dénominateur et le numérateur déjà établis. Parfois, la Banque mondiale doit construire l'agrégat de bien-être ou ajuster l'agrégat fourni par le pays.

La qualité des microdonnées obtenues par les deux institutions pour faire le suivi de l'indicateur 3.8.2 des ODD a généralement déjà été vérifiée afin de suivre d'autres indicateurs importants (p. ex., l'indicateur 1.1.1 des ODD). Une évaluation de la qualité est effectuée avant de consulter les pays au sujet des estimations de l'indicateur 3.8.2 (consulter la section 4.k).

Les estimations produites par les deux organisations sont incluses dans une consultation afin d'obtenir les commentaires des pays et sont révisées au besoin.

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national et (ii) au niveau régional

• Au niveau national :

Au niveau national, aucune imputation n'est tentée pour produire des estimations. La proportion de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé est estimée pour toutes les années pour lesquelles une enquête représentative à l'échelle nationale sur le budget des ménages, le revenu et les dépenses des ménages, les conditions socioéconomiques ou le niveau de vie est disponible avec des informations sur les dépenses ou les revenus totaux des ménages et sur les dépenses totales des ménages en matière de santé. Lorsqu'il y a plusieurs enquêtes au fil du temps pour le même pays, une préférence est donnée aux estimations produites sur la base de la même enquête. Une série de tests est effectuée pour conserver la série la plus performante (consulter la section 4.k).

• Aux niveaux régional et mondial :

Étant donné que les enquêtes ne sont pas menées chaque année dans la plupart des pays, les estimations de l'indicateur 3.8.2 dans tous les pays sont calculées pour différentes années. Pour calculer les agrégats régionaux et mondiaux pour une année de référence commune (p. ex. 2000, 2005, 2010, 2015, etc.), les estimations par pays fondées sur l'enquête sont d'abord « alignées » à l'aide d'une combinaison d'interpolation et d'extrapolation (lorsqu'au moins deux estimations fondées sur l'enquête sont disponibles autour de l'année de référence); d'une modélisation économétrique (une estimation fondée sur une enquête disponible autour de l'année de référence); et d'une imputation fondée sur les médianes régionales (aucune estimation fondée sur l'enquête n'est disponible autour de l'année de référence). Pour plus d'informations, consulter Wagstaff et collab., 2018 et le chapitre 2 du Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle de l'OMS et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale.

La proportion agrégée de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé pour une région correspond au nombre total de personnes dans tous les pays de cette région où les dépenses sont importantes, divisé par le nombre total de personnes dans cette région.

4.g. Agrégations régionales

Les agrégats régionaux et mondiaux correspondent aux moyennes pondérées en fonction de la population des estimations par pays « alignées » (consulter la section 4.f).

La Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé utilisent leurs propres groupements régionaux, en plus de la ventilation régionale utilisée pour la déclaration des ODD.

4.h. Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national

Toute la documentation nécessaire à la compilation des données au niveau national est partagée tous les deux ans avec les correspondants désignés. Elle peut être demandée par les bureaux nationaux de statistique ainsi que par les ministères de la Santé avec le code des programmes STATA, à l'adresse uhc_stats@who.int. Objet : trousse pour produire l'indicateur 3.8.2 des ODD.

4.j. Assurance de la qualité

Assurance de la qualité :

4.k. Évaluation de la qualité

L'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale génèrent l'indicateur 3.8.2 selon la même approche (consulter la section des méthodes). Les deux institutions combinent des estimations au niveau intermédiaire (méso). L'éligibilité des estimations incluses dans une base de données mondiale commune au niveau des pays et utilisées pour produire des estimations régionales et mondiales est basée sur l'évaluation de la qualité suivante:

Pour le dénominateur du ratio des dépenses de santé

- Comparez la consommation ou le revenu mensuel total moyen des ménages par habitant d'une source de référence avec la valeur mensuelle moyenne estimée à partir de l'enquête. La source de référence est tirée de Povcalnet^[9] si disponible, et sinon des Indicateurs de développement mondial (IDM)^[10], calculés comme les dépenses de consommation finale des ménages en dollars internationaux 2011 constants divisées par la population totale. La comparaison est basée sur le rapport entre les deux moyennes (source de référence et estimation basée sur l'enquête). Si le ratio est supérieur à 20 % (lorsque les deux moyennes sont fondées sur la consommation) ou à 30 % (lorsque l'estimation de la source de référence est fondée sur le revenu et que l'estimation de l'enquête est fondée sur la consommation), l'estimation d'enquête est identifiée comme une valeur aberrante en termes de consommation par habitant et signalée pour exclusion possible.
- Comparez l'effectif de pauvreté estimé à partir de l'enquête au seuil de pauvreté de 1,90 \$ par jour, en PPA de 2011 avec l'incidence de la pauvreté signalée dans PovcalNet avec le même seuil de pauvreté (valeur de référence). Lorsque la différence absolue entre la valeur de référence et l'estimation fondée sur l'enquête dépasse 10 points de pourcentage, l'estimation fondée sur l'enquête est identifiée comme une valeur aberrante dans l'incidence de l'extrême pauvreté et signalée pour une éventuelle exclusion.
- Comparez l'effectif de pauvreté estimé à partir de l'enquête au seuil de pauvreté de 3,20 \$ par jour, en PPA de 2011 avec l'incidence de la pauvreté rapportée dans PovcalNet avec le même seuil de pauvreté (valeur de référence). Lorsque la différence absolue entre la valeur de référence et l'estimation fondée sur l'enquête dépasse 10 points de pourcentage, l'estimation d'enquête est identifiée comme une valeur aberrante dans l'incidence de la pauvreté à 3,20 \$ par jour et signalée pour exclusion possible.

Pour le numérateur du ratio des dépenses de santé

- Comparez le ratio moyen des dépenses de santé dans l'enquête à une part de référence du budget moyen de la santé. Ce dernier est construit à partir des données des comptes nationaux de la santé en tant que rapport entre la mesure agrégée des dépenses directes (« out-of-pocket ») des ménages et les dépenses de consommation finale des ménages et des institutions de profit au service des ménages, tous deux en monnaie locale courante. Lorsque la différence absolue dépasse 5 points de pourcentage, l'estimation d'enquête est identifiée comme une valeur aberrante en termes de part du budget des ménages consacrée à la santé et signalée pour une éventuelle exclusion. Les macro-indicateurs sont disponibles à partir de la [Base de données sur les dépenses de santé mondiales](#) (Global Health Expenditure Database (GHED))^[11]

Ces repères sont également utilisés pour choisir entre deux estimations pour les pays et les années pour lesquels les deux institutions ont la même source de données. Pour qu'une estimation de l'indicateur 3.8.2 basée sur une enquête soit incluse dans la base de données commune et donc dans la consultation nationale menée tous les deux ans précédemment décrite, il ne peut s'agir d'une valeur aberrante en termes de consommation, ni en termes de part du budget de la santé.

Les estimations produites par les pays et partagées dans le cadre de la consultation par pays sont soumises au même processus d'assurance de la qualité. Elles sont incluses dans la base de données commune si elles ne sont signalées comme valeurs aberrantes ni dans la consommation ni dans la part du budget de la santé.

⁹ (en anglais) <http://research.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx> 1

¹⁰ (en anglais) <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators> 1

¹¹ (en anglais) <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/> 1

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données :

Le nombre de pays ou de territoires disposant de données au sujet de l'indicateur 3.8.2 augmente au fil du temps à mesure que davantage d'enquêtes deviennent disponibles. En décembre 2021, la Banque mondiale et l'OMS ont publié des estimations pour 161 d'entre eux. Pour plus d'informations et pour obtenir les dernières mises à jour, veuillez consulter les portails de données dédiés à l'OMS et à la Banque mondiale :

(en anglais) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>

(en anglais) <https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

Séries chronologiques :

La fréquence de ces données est similaire à la fréquence des données utilisées pour produire l'indicateur 1.1.1 des ODD. Cela varie d'un pays à l'autre, mais en moyenne, cela va d'une base annuelle à 3 à 5 ans.

Désagrégation :

La désagrégation suivante est possible dans la mesure où l'enquête a été conçue pour fournir des estimations représentatives à ce niveau :

- Composition par âge et par sexe du ménage. Pour la composition par âge du ménage, le groupement suivant est utilisé par l'OMS : les ménages « adultes seulement » comprennent les ménages composés de personnes âgées de 20 à 59 ans; les ménages multigénérationnels comprennent les adultes vivant avec des personnes de moins de 20 ans (enfants et/ou adolescents) ainsi que les personnes âgées de 60 ans ou plus (personnes âgées); les « ménages plus jeunes » comprennent les adultes vivant avec des enfants (de 0 à 9 ans) et/ou des adolescents (de 10 à 19 ans); et les « ménages plus âgés » comprennent les ménages composés d'adultes vivant avec au moins une personne âgée (60 ans ou plus) ou exclusivement composés de personnes âgées.

- Emplacement géographique (rural/urbain)
- Quintiles des mesures de bien-être des ménages (dépenses ou revenus totaux de consommation des ménages). Consulter la section Commentaires et les limites pour la sensibilité de la désagrégation au choix de la mesure de bien-être.

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

Les estimations au niveau des pays sont toutes fondées sur des enquêtes représentatives au niveau national avec des informations sur les dépenses ou les revenus totaux des ménages et sur les dépenses de santé des ménages (voir la section « Sources de données »). Dans la plupart des cas, ces données proviennent d'enquêtes non standard auprès des ménages et les processus de normalisation ex post peuvent être conçus pour accroître le degré de comparabilité entre les pays. Par exemple, les équipes régionales de la Banque mondiale produisent des versions normalisées des ensembles de données brutes selon des procédures régionales communes : les ensembles de données harmonisés de l'ECAPOV sont basés sur les ensembles de données de l'Étude sur la mesure du niveau de vie – LSMS^[12] ou sur les enquêtes sur les dépenses des ménages (EDM) recueillies dans la région Europe et Asie centrale de la Banque mondiale; la collecte du SHIP résulte d'un programme de lutte contre la pauvreté sur les enquêtes harmonisées auprès des ménages dans la région africaine de la Banque mondiale, tandis que la collecte du SHES a été développée par la Banque mondiale pour le programme de comparaison internationale^[13]. La base de données du « Luxembourg Income Study » (LIS) résulte des efforts visant à harmoniser les ensembles de données de nombreux pays à revenu élevé et moyen^[14].

Dans certains cas, les données brutes sont accessibles pour produire des estimations au niveau des pays. Dans certains pays, à la fois les données brutes et une version normalisée de celles-ci sont disponibles alors que dans d'autres pays, seule la version normalisée l'est. Lorsque plusieurs versions d'une même enquête sont disponibles, les estimations les plus performantes aux séries de tests d'assurance de la qualité sont conservées (consulter la section Méthode de collecte de données). Lorsqu'une version normalisée d'un instrument d'enquête conçu à l'échelle nationale est choisie, il existe des différences entre les variables de dépenses générées à l'aide des données brutes et les variables de dépenses générées à l'aide des procédures d'harmonisation, ce qui pourrait entraîner une incidence estimée différente de la population dont le ménage consacre une part importante de ses dépenses totales ou de son revenu total aux dépenses de santé.

¹² (en anglais)

<http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html>

¹

¹³ Une documentation détaillée décrivant les procédures d'harmonisation est disponible dans les documents PDF ci-joints ¹.

¹⁴ (en anglais) <http://www.lisdatacenter.org/> ¹

7. Références et documentation

(À moins d'indication contraire, les références sont en anglais)

URL :

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>; <http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

Références :

Rapport mondial de suivi (p. ex., 2015, 2017, 2019, 2021)

<https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/global-monitoring-report>

Méthodologie :

- Chapitre 2 sur la protection financière dans le Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle, Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale; 2017
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smits, M-F., Chepynoga, K., Buisman, L.R., van Wilgenburg, K. et Eozenou, P., (2018), « Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study », *The Lancet Global Health*, volume 6, numéro 2, e169-e179.

[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)

- Chapitre 18 de « Analysing health equity using household survey data ». Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale; 2008, <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>